

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

212

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger POISSONNIER

Né le 25 février 1890, à Saintes (Charente-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT

DES

PANCRÉATITES AIGÜES
HÉMORRAGIQUES

Président : M. BERNARD CUNÉO, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1922

242

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

818

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger POISSONNIER

Né le 25 février 1890, à Saintes (Charente-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT

DES

PANCRÉATITES AIGÜES
HÉMORRAGIQUES

Président : M. BERNARD CUNÉO, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine. 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHERT
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULIE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophthalmologique	DR LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILLET
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOLLET	ROUSSY
BRANCA	GUENOT	LEH	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE COMMANDANT POISSONNIER

Mort pour la France

A MA MÈRE

*En témoignage de gratitude et
d'affection.*

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MES DEUX FRÈRES

HENRY ET ROBERT

Tués à l'ennemi

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Officier de la Légion d'honneur

Mon cher maître,

Depuis Verdun, où votre science et votre dévouement m'ont conservé la vie, vous n'avez cessé de me donner des preuves de votre bienveillance. Je voudrais vous exprimer ici, avec mes remerciements, le témoignage de ma reconnaissance et de mon admiration.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

Monsieur le Docteur LAUNAY

Monsieur le Docteur FLORAND

Monsieur le Docteur PAPILLON

Internat

Monsieur le Docteur POTHERAT

Monsieur le Professeur agrégé DESMARET

Monsieur le Professeur agrégé DESCOMPS

Monsieur le Professeur agrégé DEMELIN

Monsieur le Professeur CUNÉO

Messieurs les Docteurs OCKINZYC, VIGNES, PICOT

INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'internat, dans le service de M. le professeur Cunéo, nous avons eu l'occasion de suivre, de près, une malade atteinte de pancréatite aiguë hémorragique, d'évolution fort instructive, dont on trouvera l'observation détaillée à la fin de ce travail (obs. 1).

Les recherches que nous avons faites au sujet du traitement de cette grave affection, montrent combien il est délicat de fixer la ligne de conduite à suivre. Nous avons cru néanmoins pouvoir tenter d'exposer, comment on peut actuellement, à la lumière des travaux récents, comprendre le traitement de la nécrose aiguë du pancréas. Si la pancréatite aiguë était une affection bien connue cliniquement, nous pourrions d'emblée aborder sa thérapeutique, qui sera l'objet principal de notre étude.

Mais sa symptomatologie et sa pathogénie ne se présentent pas encore avec netteté. Aussi croyons-nous nécessaire de signaler, dans un chapitre de début, les points de symptomatologie et d'étiologie qui nous paraissent indispensables à rappeler tant au point de vue indication qu'au point de vue technique opératoires.

TRAITEMENT

DES

PANCRÉATITES AIGÜES HÉMORRAGIQUES

DEUX FORMES ÉTIOLOGIQUES DE PANCRÉATITE AIGÜE

Les nombreuses observations de pancréatite aiguë qui ont été publiées ces dernières années tant en France qu'à l'étranger vont nous permettre d'établir les points principaux de symptomatologie, grâce auxquels on pourra faire un diagnostic dont la précocité est nécessaire le plus souvent pour le succès du traitement.

L'affection se rencontre dans les $\frac{3}{4}$ des cas chez la femme entre 30 et 55 ans ; nous n'avons relevé qu'un cas chez un enfant, fillette de 7 ans.

La malade est généralement obèse, quoique Perceval Mills ait soigné trois femmes « plutôt maigres ». Très souvent on relève dans ses antécédents des signes de lithiasé biliaire plus ou moins accusés. C'est toujours brusquement, soit en pleine santé, soit au cours d'un état hépatique que *débute* la pancréatite aiguë, par une douleur épigastrique, quelquefois péri-ombilicale. Rarement la douleur

s'atténue spontanément, au bout de quelques heures pour reprendre, plus violente, deux ou plusieurs jours plus tard, ne laissant qu'un vague malaise dans l'intervalle.

Cette douleur s'accompagne de vomissements alimentaires ou bilieux, quelquefois de selles impérieuses.

En général au bout de douze ou de vingt-quatre heures de cet état de souffrance et d'intolérance gastrique, la maladie présente sa *phase caractéristique*. Ce qui frappe le plus, c'est l'état général du sujet. Le facies est anxieux, le teint blafard, rarement subictérique, les traits tirés, la respiration rapide, les extrémités refroidies, c'est l'ictus péritonéal classique.

La température quelquefois normale, monte le plus souvent à 38 degrés, 38°5, exceptionnellement plus haut. Ce qui contraste avec cette fièvre peu élevée, c'est le pouls, qui est petit, rapide, à 120, 130, quelquefois imperceptible. Cette *opposition*, qui est presque constante a la plus haute importance pour le diagnostic.

La douleur spontanée du début, épigastrique, comme nous l'avons vu, peut envahir tout l'abdomen, mais le fait est rare. Elle irradie dans la région hépatique, quelquefois sous les fausses côtes gauches, souvent dans le dos entre les angles inférieurs des omoplates. Caractère intéressant, la morphine est parfois incapable de calmer la douleur de la pancréatite aiguë.

Les vomissements persistent ; ils sont bilieux, noirâtres, mais jamais fécaloïdes.

Très rapidement après le début de la maladie, il y a arrêt complet des matières et des gaz ; ce fait est noté dans toutes les observations.

Les signes précédents doivent inciter le clinicien à pratiquer un examen attentif de l'abdomen, car c'est lui, qui le plus souvent permettra de faire le diagnostic.

Le ventre est ballonné, tendu, mais pas nettement contracturé, il faut attacher à ce fait *ballonnement sans contracture*, la plus haute importance. Quand la malade est vue peu après le début des accidents, le ballonnement et la tension sont localisés fréquemment à une *zone transversale* passant par la région ombilicale (paralysie isolée du côlon transverse). Plus tard, le ballonnement s'étend à tout le ventre ou est divisé en deux par une sorte de sillon transversal au niveau de l'ombilic (Mayer).

La palpation provoque une douleur le plus souvent modérée au niveau de l'épigastre et de la région péri-ombilicale.

À la percussion, la sonorité abdominale normale est conservée ; quelques observateurs ont noté la diminution de la matité hépatique. Ce n'est que rarement que nous avons trouvé signalée un peu de matité dans les flancs. Cette absence de matité, malgré la présence de liquide séro-hématique, dans la cavité péritonéale en quantité relativement abondante (1/2 à 1 litre) tient à ce que celui-ci se trouve

souvent accumulé entre le foie et le côlon transverse, ou dans l'arrière-cavité des épiploons et qu'entre lui et le doigt percuté s'interpose la sonorité du côlon transverse très dilaté.

La tension de l'abdomen, et la présence d'une paroi souvent adipeuse, ne permettent guère de sentir de tumeur dans la région pancréatique.

Dans les rares cas, où une tuméfaction a été signalée, celle-ci tenait, comme le montrait l'intervention, à une masse épiploïque enflammée, formant gâteau.

Les touchers vaginal ou rectal sont absolument négatifs. Notons enfin un signe décrit, en 1920, par Gray-Turner, et qui serait particulier à la pancréatite aiguë (cette dernière vérifiée dans un cas par l'intervention, dans l'autre par l'autopsie). C'est une *coloration bleue verdâtre, cadavérique des téguments*, qui serait le résultat de l'action directe du suc pancréatique sur la peau. Une fois il s'agissait d'un placard péri-ombilical de 15 centimètres de diamètre, avec peau saillante et légèrement œdémateuse. Dans le deuxième cas, il existait dans la région lombaire deux placards de la largeur d'une paume de main présentant les mêmes caractères.

Mayer, à la même époque d'ailleurs, signale un fait analogue : deux taches bleuâtres de la dimension d'une pièce de 5 francs un peu au-dessous de l'ombilic.

Peut-être est-ce un fait semblable que rapporte le professeur Gosset, en 1919, en signalant sur une

malade des taches ecchymotiques sur le haut des cuisses.

L'examen des malades doit se terminer, si les circonstances le permettent, par l'examen des urines, des matières fécales et du sang.

Les urines peuvent retenir du sucre et de l'amylase. Quant aux autres réactions : réaction de Camidge, lipurie, glycosurie alimentaire, etc., il est actuellement prouvé qu'on ne doit y attacher aucune valeur.

Les matières fécales renferment des cristaux d'acide gras, tandis que l'amylase fécale est très diminuée ou absente. Les autres épreuves coprologiques ne peuvent être exécutées sur ces malades.

Il y a augmentation de l'amylase sanguine, et chez une malade du professeur Cunéo, il existait une anémie intense avec légère hyperleucocytose polynucléaire et de nombreuses hématies néoformées.

Tels sont les caractères des symptômes que l'on rencontre le plus souvent dans les pancréatites aiguës. Mais la pancréatite ne se présente pas toujours sous cet aspect. Laissant de côté les formes évolutives, bien connues par ailleurs, il nous paraît intéressant de dire quelques mots des formes cliniques étiologiques ou pathogéniques.

Il serait beaucoup trop long de vouloir esquisser seulement nos connaissances sur la pathogénie de la pancréatite aiguë, qui a été particulièrement étudiée ces dernières années, par Brocq et Morel au point de vue expérimental, et par Archibald (de Montréal)

Deaver, Starr Judd, etc., au point de vue physiologie pathologique humaine.

Nous nous bornerons à rappeler certains faits utiles pour la compréhension d'un traitement rationnel.

Le pancréas peut être infecté par 3 voies :

1° Voie canaliculaire ou ascendante ;

2° Voie directe ou lymphatique ;

3° Voie sanguine, à la suite d'infection générale.

Nous laisserons de côté ce dernier mode d'infection qui détermine d'ailleurs très rarement l'éclosion de la pancréatite aiguë et contre lequel nous serions le plus souvent désarmés.

1° La voie canaliculaire ou ascendante est de beaucoup la plus fréquente des voies d'infection du pancréas. En effet, en étudiant minutieusement le passé des malades on trouve souvent des phénomènes de lithiase biliaire plus ou moins bruyants. Celle-ci agit soit par la présence d'un calcul siégeant au niveau de l'ampoule de Vater et permettant à la bile de pénétrer par reflux dans le canal de Wirsung et de déterminer une pancréatite aiguë comme l'ont montré de nombreuses expériences ; soit par un bouchon d'épais mucus dû à une cholécystite et aboutissant au même résultat.

L'hyperchlorhydrie consécutive à un ulcère pylorique ou duodénal conduit également aux mêmes conséquences en déterminant le spasme du sphincter d'Oddi comme l'a bien montré Archibald.

Quoiqu'il en soit, c'est la voie d'infection canali-

culaire qui provoque le plus souvent le « drame pancréatique » tel que nous l'avons décrit, et avec Bungart et Cunéo nous pourrions dénommer cette forme clinique étiologique, *pancréatite droite, entérale ou ventrale*. Droite, parce que le point de départ de la lésion est la tête du pancréas, entérale parce que le point de départ de l'infection est l'intestin ou ses canaux d'apports, ventrale parce que la symptomatologie rappelle celle d'une infection péritonéale ;

2° La voie directe ou lymphatique pour moins fréquente n'en est pas moins utile à bien connaître. Il est en effet des cas cliniques où au cours d'une pancréatique aiguë, on constate l'intégrité des voies biliaires et intestinales. Et dans ces cas soit au cours de l'intervention soit à l'occasion d'une autopsie, on trouve la cause de la lésion glandulaire, dans la propagation lymphatique d'une infection proche ou à distance. A cette catégorie se rapporte l'observation III du professeur Cunéo et les deux observations dont nous donnons le résumé et que nous empruntons à Bungart. On recherchera l'étiologie de cette forme dans la propagation des infections du rein gauche, des lésions périrénales, d'une pleurésie purulente, d'une cellulite pelvienne d'origine génitale ou urinaire à marche ascendante, d'une appendicite suppurée. Nous appellerons toujours avec Bungart et Cunéo, ces formes : *pancréatites dorsales ou parentérales*.

Ces formes de pancréatites dorsales peuvent évoluer cliniquement comme la pancréatite ventrale,

mais souvent, les symptômes de réaction péritonéale sont, immédiatement du moins, subaigus et plus atténués. Ce sont ces *formes subaiguës* qui peuvent guérir spontanément ou se terminer par des signes de collection dans l'hypochondre gauche et faire porter le diagnostic d'abcès périnéphrétique. D'autres fois, à ces signes d'abcès de l'hypochondre gauche, succèdent des phénomènes aigus classiques de pancréatite, les lésions *marchent de la gauche vers la droite*. La pancréatite peut encore se terminer par un pseudo-kyste du pancréas, que l'on peut atteindre par voie lombaire (Delbet, Potherat). C'est dans ces cas, de diagnostic difficile, qu'il faudra rechercher le bénéfice des examens sur les urines, le sang, les matières fécales.

Certes, cette distinction clinique n'a rien d'absolu et dans certains cas de pancréatite droite, par exemple, il est quelquefois difficile de faire la part de l'infection canaliculaire et celle de la propagation, par voie lymphatique, d'une infection voisine de la tête du pancréas. Deaver, Deaver et Sweet, Starr Jadd, ont bien montré, en effet, le rapport qui existe entre les infections des voies biliaires, du duodénum et de l'appendice d'une part, et du pancréas d'autre part, grâce à l'intermédiaire des voies lymphatiques.

Néanmoins et avec ces réserves, nous croyons que l'on peut cliniquement adopter cette division en pancréatites droites ou ventrales et en pancréatites dorsales.

TRAITEMENT

1° Indications opératoires

Nous venons de voir que le diagnostic de la pancréatite aiguë ne se pose pas facilement. Néanmoins lorsqu'on connaît bien les symptômes qui les caractérisent, et lorsque « l'on y pense », l'on est amené à en discuter le diagnostic et à fixer les indications du traitement. D'autres fois ce seront des signes de péritonite par perforation de viscères creux (estomac, duodénum), ou des signes de pseudo-hémorragie interne, qui retiendront l'attention par la similitude apparente de l'allure clinique. Dans ces cas, c'est la laparotomie qui fournira la clef du diagnostic.

Quoiqu'il en soit quelle est la conduite à tenir ? Certes la pancréatite peut guérir sans intervention chirurgicale, on en relève dans la littérature médicale (Halsted, Koerte) des cas non équivoques. Mais ils sont bien rares, en comparaison de ceux qui se terminent par la mort, en présence de cette attitude expectative. Aussi affirmons-nous qu'une fois le diagnostic posé, soit cliniquement, soit l'abdomen ouvert à la suite d'un faux diagnostic, il faut suivre une thérapeutique chirurgicale que nous allons essayer de déterminer.

A quelle époque faut-il intervenir? Toutes les observations que nous avons dépouillées mènent à cette conclusion, que plus on opère tôt, meilleurs sont les résultats. Il faudra donc en présence d'une pancréatite aiguë, ne pas essayer de remonter l'état général de la malade par un traitement médical, et attendre l'effet produit, mais opérer de suite. Nous rappellerons ici qu'il ne faudra pas se baser pour porter un pronostic sur la température qui ne dépasse jamais $38^{\circ},5$, mais sur le pouls qui est discordant, quelquefois incomptable.

2° Thérapeutique et technique opératoire

a) Il y a une quinzaine d'années, le traitement de la pancréatite aiguë hémorragique consistait en une opération très simple, susceptible d'ailleurs de conserver la vie du malade et parfois même d'amener définitivement la guérison de l'affection. La laparotomie faite, le liquide séro-hématique évacué, on effondrait un des ligaments permettant de pénétrer dans l'arrière cavité des épiploons, et on drainait, au contact du pancréas, avec un tube de caoutchouc entouré de mèches. Ce drainage était entretenu pendant une à deux semaines, et était souvent suivi d'une fistule pancréatique plus ou moins longue à se fermer.

Mais on ne tarda pas à remarquer des rechutes souvent mortelles, montrant que la technique suivie ne guérissait pas le malade. D'un autre côté les

recherches pathogéniques, dont nous avons dit plus haut quelques mots, apprenaient que, presque toujours, la pancréatite aiguë n'était pas une maladie primitive, mais déterminée par une autre lésion hépato-biliaire ou infectieuse, et agissant soit par les canaux d'excrétion du pancréas, soit par la voie lymphatique. De sorte que plusieurs chirurgiens, avec Kœrte, avec Lecène (rapports à la Société de Chirurgie, en 1919 surtout) établissaient que le traitement comportait deux phases : traitement de la pancréatite aiguë d'abord, traitement de la cause de la pancréatite soit dans le même temps, soit au cours d'une intervention secondaire.

b) C'est dans le détail du traitement actuel de la pancréatite que nous allons entrer maintenant, en ne craignant pas d'insister sur des points d'apparence secondaire, mais qui, quelquefois, sont la cause du succès opératoire.

Nous verrons ensuite que dans certains cas, le traitement préconisé n'est pas encore satisfaisant, et comment on pourrait arriver à une meilleure conception de la thérapeutique de cette affection si souvent décevante, si l'on en juge par les statistiques.

1° Pendant que le chirurgien se prépare à l'acte opératoire il faut remonter la malade à l'aide des toni-cardiaques habituels, et lui faire absorber du sérum artificiel par la voie sous-cutanée ou intramusculaire, au besoin, au cours même de l'opération.

Une précaution absolument nécessaire, et trop

négligée, nous semble-t-il, par beaucoup d'opérateurs, est de faire subir un lavage d'estomac à la malade, comme dans tous les cas d'intervention sur l'abdomen pour des lésions provoquant des vomissements ou une stase de la circulation dans le tube digestif. On évitera ainsi la gêne d'un estomac dilaté au cours de l'acte opératoire, qui doit être aussi rapide que possible, et surtout la mort subite par vomissements abondants. Des observations, publiées ou non, présentent trop fréquemment des issues fatales, ainsi provoquées, alors qu'on peut si bien les éviter.

Un deuxième point sur lequel nous insisterons et qui a une grande valeur, est l'injection sous-cutanée thérapeutique de sulfate d'atropine. Dès que le diagnostic aura été fait, par conséquent soit avant, soit après l'acte opératoire, on injectera un demi-milligramme de sulfate d'atropine en solution au millième, trois à cinq minutes après une injection de sulfate de spartéine. L'atropine agit de deux façons : diminution très marquée de la sécrétion pancréatique et par suite atténuation des lésions produites par le suc autour du pancréas ; deuxièmement, débâcle intestinale le jour ou le lendemain du commencement du traitement. Dans le service du professeur Cunéo, nous avons vu répéter cette injection jusqu'à trois fois par vingt quatre-heures, sans que l'on ait jamais remarqué le moindre incident. Cette médication peut être continuée pendant deux ou trois jours et reprise momentanément au cours

de la convalescence, si apparaissent des troubles digestifs ou abdominaux lors de la reprise, très prudente d'ailleurs, et progressive, de l'alimentation.

2° *Quelle anesthésie* faut-il employer. A part le chloroforme formellement contre-indiqué, comme l'on sait, on peut employer l'éther, le chlorure d'éthyle, ou la rachi-anesthésie haute (1^{re} 2^e vertèbre lombaire) à la novocaïne ou ses succédanés.

Dans le cas que nous avons suivi, ce mode d'anesthésie a donné complète satisfaction. Nous croyons même qu'il est à conseiller, quand on en a la pratique, car le choc anesthésique est infiniment moindre.

3° Technique opératoire

Position du sujet. — On emploiera la position opératoire en lordose dorso-lombaire, qui donne un jour très marqué sur la région cœlique. On l'obtiendra (une fois le sujet anesthésié et non avant l'anesthésie) par un des trois procédés suivants : le meilleur est l'emploi de la table de Cunéo permettant au thorax d'être horizontal, tandis que la partie inférieure du tronc présente une orientation descendante prononcée ; un autre consiste en l'emploi de l'appareil élévateur du tronc de Rio-Branco ; enfin on peut employer le procédé de fortune consistant en un coussin de sable ou en un coussin formé par des alèzes roulées. Quoiqu'il en soit, le point capital est que le sommet de la courbure lordotique réponde la région *dorsale inférieure*. Comme il n'est

facile, sur le sujet endormi de repérer les dernières vertèbres dorsales, on se rappellera (Cunéo et Guillaume) qu'il suffit de placer le sujet de telle façon que le sommet de la courbure artificielle imprimée à la colonne vertébrale corresponde à un plan passant par l'extrémité antérieure des huitième ou neuvième côtes.

Incision. — L'incision médiane sus-ombilicale verticale peut suffire surtout si l'on ne peut, par suite de l'état du sujet, aller explorer et traiter les voies biliaires. Mais si l'on veut, au contraire avoir plus de jour, soit à droite, soit à gauche, on peut employer l'incision angulaire dite de Czerny-Kocher-Kausch, qui parmi les nombreuses incisions proposées pour aborder la région, nous paraît la meilleure. Elle consiste à brancher sur l'extrémité inférieure de l'incision médiane verticale (au-dessus ou au-dessous de l'ombilic) une deuxième incision oblique en dehors, en haut et à droite (ou à gauche), qui parallèlement aux nerfs intercostaux atteint le rebord costal environ à l'extrémité antérieure de la dixième côte. On a ainsi un vaste lambeau triangulaire à base costale et à sommet ombilical, qui a le grand avantage de ménager l'innervation des muscles de l'abdomen et de donner un jour très suffisant.

Traitement des lésions. — Le péritoine ouvert, il s'écoule le plus souvent une certaine quantité de liquide séro-hématique. Quelques coups de compresse permettent le plus souvent de voir ce liquide sourdre, par l'hiatus de Winslow, de l'arrière cavité

des épiploons. Une fois la région asséchée, il faut rechercher, en présence de l'existence de ce liquide, les taches de cyto-stéatonécrose ou taches de bougie, qui sont la signature de la maladie. Leur volume est très variable, depuis celui du grain de mil jusqu'à celui d'une lentille ; rarement elles sont plus étendues. On les trouve sur le péritoine du petit épiploon, du méso-côlon transverse, du grand épiploon, du ligament gastrocolique, quelquefois même sur le péritoine gastrique, hépatique ou pariétal. Bien que leur présence soit à peu près constante, il ne faut pas croire qu'il n'y a pas pancréatite aiguë si elles manquent pas plus que si manque le liquide séro-hématique.

Quoi qu'il en soit, il faut alors pénétrer dans l'arrière cavité des épiploons pour arriver sur le pancréas. Quelle est la meilleure voie d'accès ? Si l'estomac est très ptosé, il sera préférable d'effondrer le petit épiploon. Si non il vaut toujours mieux perforer le ligament gastro-colique, en ménageant naturellement les vaisseaux, car on pénètre ainsi par la partie déclive de l'arrière cavité, puis on drainera par suite plus facilement. Il est bien entendu, qu'avant de pratiquer cette manœuvre, on aura isolé par des champs, la région opératoire de la grande cavité péritonéale.

Quelquefois des adhérences rendent difficile la pénétration dans l'arrière cavité, aussi est-il prudent de commencer l'effraction, le plus à gauche possible du ligament gastro-colique ; à cet endroit

en effet les lésions sont généralement moindres et la manœuvre plus facile.

Le pancréas apparaît tuméfié, surtout au niveau de sa tête, induré, soit d'aspect cireux, soit au contraire ecchymotique. Sa capsule semble le brider, et c'est probablement là, une des causes de la nécrose du tissu glandulaire. Aussi faudra-t-il ouvrir ces petites collections à contenu séro-hématique, et débrider les régions comprimées, après avoir libéré avec douceur les adhérences des organes proches d'avec le pancréas.

Cette dissociation devra se faire prudemment pour éviter de léser d'importants vaisseaux ou des canaux collecteurs. On la fera à la sonde cannelée et bien qu'il faille aller vite, on ne négligera aucune loge séreuse ou hématique.

Si à la suite de ces manœuvres il se produisait un suintement persistant, on le verrait céder à un tamponnement extemporané.

Deux cas se présentent alors : ou bien l'état général du sujet très mauvais, commande que l'on agisse très rapidement, ou bien on croit pouvoir 1° explorer : les voies biliaires si les lésions sont plus marquées au niveau de la tête du pancréas ou les organes de l'hypochondre gauche si les lésions prédominent au niveau de la queue du pancréas, et 2° avoir le temps de traiter ces lésions.

α) *Il faut terminer au plus vite.* — Le chirurgien doit avoir pour but de lutter contre l'infection et contre l'auto-digestion. Il remplira ces conditions en

plaçant dans l'arrière cavité un drain ou même deux en regard du maximum des lésions pancréatiques et en entourant ces drains de mèches convenablement placées au niveau des petites cavités débridées. Ce drain, que certains auteurs recommandent de choisir en verre, sortira entouré des mèches, au travers de la brèche épiploïque, dont on peut par un ou deux catguts fins rétrécir la longueur si on le juge nécessaire, puis aboutiront au dehors sur les téguments. Presque toujours on peut explorer rapidement les voies biliaires principales et la vésicule pour constater leur état, ou au contraire, l'hypochondre gauche. Puis on refermera la paroi en un plan en laissant à l'extrémité inférieure de la plaie un passage suffisant pour le matériel de drainage, qui dans les cas aigus durera au moins deux semaines (Dreesmann).

β) *Deuxième temps de l'intervention traitant la cause de la pancréatite aiguë.* — Comme nous l'avons déjà vu ce deuxième temps peut succéder au drainage du pancréas ou au contraire être accompli lorsque l'état général du malade le permettra, quelques semaines ou quelques mois après la première intervention. L'observation de notre malade montre que M. le professeur Cunéo a pu accomplir les deux phases en un même temps. Il est intéressant de signaler qu'on peut avoir la main forcée par les événements après la première intervention comme le montre bien une observation des plus intéressantes du professeur Gosset (*Bulletin de la Société de Chirurgie* du 26 novembre 1919).

Pour étudier ce deuxième temps nous distinguerons deux cas suivant que la pancréatite est ventrale, c'est-à-dire a pour cause une lésion entérobiliaire ou bien dorsale, c'est-à-dire a, le plus souvent, pour cause une lésion infectieuse propagée par voie lymphatique. C'est au moment de pratiquer ce deuxième temps qu'il sera nécessaire de pratiquer l'incision angulaire que nous avons décrite.

Pancréatite droite.— L'intervention consistera : 1° à libérer les voies biliaires des calculs qu'elles peuvent renfermer et il ne faudra pas négliger à ce propos l'examen de l'ampoule de Vater ; 2° à drainer la bile au dehors, puisqu'il est prouvé que c'est elle qui a provoqué la pancréatite, jusqu'à ce qu'elle devienne relativement normale.

Nous n'entrerons pas dans les détails de technique de ces interventions fort bien réglées. Mais tandis que les uns pratiquent la cholécystostomie, d'autres la cholécystectomie avec drainage du cholédoque, nous croyons préférable de *conserver la vésicule* en vue des eventualités ultérieures (après l'avoir évacuée si elle renferme des calculs) et de faire par conséquent une *cholécystostomie* ou encore de *drainer la voie biliaire principale totalement*, c'est-à-dire en évitant l'emploi du tube de Kehr.

Malgré ce traitement rationnel, il existe des faits où plusieurs mois, plusieurs années écoulés, il se produit une nouvelle crise, qui peut emporter le malade ; la littérature présente de nombreux

exemples de ces récides vraiment décevantes. (observation Il professeur Cunéo). Nous ne voulons pas parler ici des cas où la première crise de pancréatite laisse à sa suite des altérations définitives de la glande et une insuffisance fonctionnelle de celle-ci aboutissant à un syndrome plus ou moins variable, mais affectant le plus souvent la forme d'un diabète à évolution rapide et fatale. Nous sommes, en effet, impuissants contre ces lésions. Mais de même que la cholécystectomie avec drainage prolongé du cholédoque n'assure pas toujours la guérison des lithiasiques, de même on peut, pour les mêmes raisons, se trouver en présence de nouvelles poussées de pancréatite. Existe-t-il un moyen chirurgical de parer à cette éventualité ?

Le drainage des voies biliaires est forcément extemporané, quel qu'il soit ! Une cholécystostomie définitive ou une fistule cholédocienne entretenue satisferaient peut-être le but que nous cherchons. Mais outre qu'elles ne sont pas sans danger, elles seraient en tout cas difficilement acceptées par les malades. Aussi Körte a-t-il pratiqué plusieurs fois des cholécysto-gastrostomies. Le professeur Cunéo a suivi la même méthode une fois. Malheureusement nous n'avons pu connaître les résultats à distance, et savoir la valeur intégrale de cette intervention qui immédiatement a donné de bons résultats. Malgré cela, nous pensons que l'anastomose de la vésicule avec le tube gastro-intestinal et en particulier la *cholécysto-gastrostomie* peut être un moyen radical

de guérir définitivement la nécrose aiguë du pancréas. Ainsi, en effet, se trouve réalisée une soupape de sûreté contre l'hypertension biliaire, cause la plus fréquente de la grave affection que nous étudions.

Pancréatite dorsale. — Le malade remis de son affection aiguë, si l'exploration n'a pas permis, au cours de la première laparatomie, de découvrir la cause de la pancréatite et de la traiter, il faudra, pendant l'état de santé apparente, examiner le sujet avec soin. On arrivera ainsi à dépister l'existence d'une appendicite plus ou moins chronique, d'un ulcus pylorique ou duodénal, d'une lésion ou infection des organes génito-urinaire, du rein gauche surtout. Et ce sera seulement quand l'intervention nécessitée par la lésion causale aura été pratiquée que le sujet pourra être considéré comme guéri.

Toutefois dans les cas *subaigus* à évolution d'abcès lombaires, l'ouverture et le drainage de ces abcès peut suffire, car le plus souvent la cause de la pancréatite se trouve également traitée (lésions périréno-pancréatique).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service du Professeur Cunéo.)

Mme B..., âgée de 46 ans, femme de ménage, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, le 11 novembre 1921, à midi. Elle présente un syndrome douloureux abdominal qui a débuté brusquement dans la nuit du 10 au 11.

Antécédents personnels. — La malade se rappelle qu'elle a eu depuis son enfance de fréquents vomissements verdâtres, de saveur âcre, survenant surtout le matin à jeun, mais ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux.

A dix-huit ans, elle contracte une fièvre typhoïde qui dura deux mois.

Histoire de la maladie. — L'affection dont souffre la malade paraît remonter à cinq ans. A cette époque la malade présente des crises presque journalières, caractérisées par des douleurs siégeant à l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane, irradiant dans le dos et l'épaule droite très violentes, durant cinq à six heures et parfois toute une nuit. Ces crises qui n'étaient nullement occasionnées par les repas, étaient surtout nocturnes et s'accompagnaient de vomissements verdâtres bilieux. Les crises douloureuses se sont renouvelées avec une extrême fréquence dans les

trois mois qui suivirent le premier accès et ne cédèrent qu'à la morphine.

Pendant cette première période on ne note aucun autre symptôme objectif, ni hématuries, ni méloena, ni ictère.

En 1916, la malade consulte à Lille, une opération lui est conseillée, elle la refuse.

Depuis cette date les crises douloureuses se reproduisent huit ou dix fois par an.

Rentrée à Paris après l'armistice, la malade, qui souffre toujours vient consulter à Lariboisière en octobre 1921. Elle est radioscopée le 24 octobre et l'examen fournit les renseignements suivants : estomac atone, fond gastrique à la ligne bi-liaque, évacuation gastrique très lente, point douloureux au niveau de la petite courbure. On conseille une intervention qui est encore refusée.

Le 10 novembre survient la dernière crise, particulièrement violente, qui amène la malade à l'hôpital.

Elle débute à dix-neuf heures, par une douleur atroce, en coup de poignard, s'accompagnant de vomissements porracés et d'un état syncopal.

Elle persiste toute la nuit, sans rémission et la malade entre, salle Gosselin, le lendemain à midi. L'état général est sérieux, le facies anxieux, pâle, la langue sale. La température est à 38 degrés, le pouls à 110 bien frappé, la respiration rapide.

La palpation est rendue difficile, car la malade, obèse, a une paroi abdominale très épaisse.

La respiration abdominale est conservée. La palpation révèle de la tension de l'épigastre, mais aucune contracture

et réveille une douleur vive qui siège aux confins des régions pylorique, cystique et pancréatique.

La malade est mise à la diète, avec glace sur le ventre et reçoit 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le lendemain, 12 novembre, l'état s'est aggravé, le faciès est angoissé, la température s'est maintenue à 38 degrés, mais le pouls a considérablement fléchi, il est mou, mal frappé à 140.

Localement, il y a peu de modifications, le ventre est tendu, douloureux, légèrement ballonné, la respiration abdominale est peu nette, enfin la région pré-hépatique est sonore.

L'intervention est pratiquée d'urgence : rachi-anesthésie haute (dorso-lombaire) à la scurocaïne. On incise sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule en assez grande abondance du liquide louche provenant de la région sous-hépatique. Le professeur Cunéo élargit la voie d'accès par une deuxième incision, transversale, coudée sur la première : type Rio-Branco. On aperçoit alors sur le petit épiploon, sur le ligament gastro-côlique des taches de cytotéato-nécrose du volume d'un grain de mil, confluentes par place surtout vers la région pancréatique.

La vésicule biliaire est remplie par de nombreux calculs, dont un volumineux. On l'attache à la partie externe de l'incision et on pratique une cholécystostomie qui donne issue à un gros et quelques petits calculs. On ouvre enfin le petit épiploon et on insinue par la brèche un gros drain et deux mèches qui sortent à la partie supérieure de l'incision. Fermeture en un plan au catgut chromé très fort.

La glace est maintenue sur l'abdomen et on pratique des injections sous-cutanées d'atropine à la dose de 1 milligramme (en deux fois) pendant quatre jours.

Suites opératoires. — Les suites immédiates ont été excellentes; la température est tombée progressivement à 38 degrés, le troisième jour, puis à 37 degrés le huitième. Du huitième au onzième jour elle oscille entre 37 et 37°5, puis entre le onzième et le quinzième elle refait une poussée avec vomissements qui paraît due à une rétention biliaire au niveau de l'orifice de cholécystostomie. Le drain étant enlevé, la vésicule évacue de nombreux calculs et l'état s'améliore progressivement. Le drain pancréatique est laissé en place jusqu'au vingt-deuxième jour.

La reprise d'une alimentation normale n'est pas encore possible.

Un mois juste après l'opération, la malade fait une nouvelle crise avec vomissements et température à 39, le pouls s'accélère. On prescrit la diète et un demi-milligramme de sulfate d'atropine en injection sous-cutanée, par jour.

Pendant une quinzaine de jours, cet état se maintient avec des améliorations suivies de rechutes, la température oscillant entre 38 et 39. Si bien que le 28 décembre le professeur Cunéo décide une nouvelle opération d'urgence, l'état général s'étant très aggravé.

Deuxième opération. — Incision au niveau de l'ancienne cicatrice, après anesthésie à l'éther très doucement conduite. Un peu de pus dans le trajet du drainage pancréatique qui suintait toujours. Agrandissement du trajet pour y mettre un drain et deux mèches.

Du côté des voies biliaires, libération difficile en raison

des adhérences que l'épiploon a contracté avec la vésicule et le duodénum. On libère ces adhérences néanmoins, on découvre la vésicule qui ne contient pas de calculs et qu'on laisse abouchée à la peau. Exploration de la voie biliaire principale. On l'ouvre au niveau de la partie supérieure du cholédoque pour y placer un drain qui est fixé par un catgut. Tamponnement de la région sous-hépatique. Fermeture de la paroi en un plan au catgut chromé fort. Sérum intra-veineux : $3/4$ de litre.

Le lendemain matin, vers 7 heures, la malade meurt sans présenter de phénomènes particuliers à noter.

A l'autopsie. — Le pancréas est totalement induré. Entre la queue de cette organe, la rate et l'estomac, on trouve un abcès enkysté du volume du poing. On n'a pas prélevé de pus.

OBSERVATION II (Résumée)

(Tirée de notes inédites de M. le professeur Cunéo.)

Il s'agit d'une femme de 45 ans que M. Cunéo vit à Cannes en 1917. Elle présentait une pancréatite avec prédominance des phénomènes cliniques à gauche, qui affectait le type d'une maladie à marche subaiguë avec poussées successives d'apparition irrégulière. Les crises étaient caractérisées par des douleurs extrêmement violentes siégeant au niveau de l'hypochondre gauche avec irradiation à gauche de la colonne vertébrale. A l'examen on trouvait du météorisme abdominal avec localisation prédominante sur le côlon transverse. La palpation éveillait une douleur au niveau du rebord costal gauche, douleur qui se continuait à droite au niveau de

la ligne médiane. De plus, au cours des crises violentes, on constatait une tuméfaction dans l'hypochondre gauche, tuméfaction profonde, à contours très vagues, à volume très variable d'un jour à l'autre. Le foie était petit, la vésicule non perceptible et indolore. Il n'existait d'ailleurs aucun antécédent de lithiasé biliaire. On notait de plus des phénomènes de congestion de la base du poumon gauche, avec légère réaction pleurale, ce qui fit d'ailleurs errer le diagnostic.

Les urines ne présentaient rien de spécial.

L'examen du sang montrait une légère hyperleucocytose polynucléaire et surtout une anémie intense avec de nombreuses hématies néoformées.

La rate avait un volume normal.

La température, qui atteignait 39 et parfois 40 au moment des crises, était, entre celles-ci à 37 et parfois même au-dessous.

M. Cunéo fit le diagnostic de pancréatite et opéra cette malade à l'occasion d'une crise plus violente, mais vers le déclin de celle-ci.

Incision le long du rebord costal gauche, on traverse le ligament gastro-côlique vers la partie gauche de la grande courbure, et on peut arriver ainsi sur le pancréas. Malgré que la veille même de l'opération, on note des signes de tuméfaction profonde, le professeur Cunéo ne trouve aucune collection pancréatique, mais seulement un peu de liquide dans l'arrière cavité. La queue du pancréas était très augmentée de volume, extrêmement dure. Après son incision, on constata que le tissu pancréatique était d'un blanc cireux et très différent de l'état normal. La situation

de l'incision ne permettait qu'une exploration insuffisante de la tête et des voies biliaires sur l'état desquelles on ne peut se prononcer.

On plaça un gros drain entouré de mèches au contact de l'incision capsulaire du pancréas. Aussitôt après l'opération la température redevient normale et sauf de légères ascensions thermiques à l'occasion de la reprise de l'alimentation, tout se passa très bien. La malade rentra chez elle. Pendant plusieurs semaines, elle présenta un état de santé parfait. Puis une nouvelle crise, apparut brusquement, plus violente que les précédentes. La malade ne put être vue que le lendemain par M. Cunéo. Elle succomba sans qu'il put intervenir de nouveau.

OBSERVATION III (Résumée)

(Tirée des notes inédites de M. le Professeur Cunéo.)

Une femme de 35 ans est prise presque subitement de douleurs vives dans l'hypochondre gauche avec vomissements et grosse élévation de température. Appelée auprès d'elle quelques jours après le début des accidents, M. Cunéo pense d'abord à une affection rénale. Mais l'intensité excessive des douleurs, à irradiation dorsale plutôt que crurale, le ballonnement du ventre avec prédominance du côlon transverse, le caractère vague diffus et oscillant de la tuméfaction, font pencher vers une pancréatite. D'ailleurs les urines étaient absolument normales et il n'existait pas une tuméfaction lombaire permanente permettant de penser à une rétention rénale. M. Cunéo insiste sur cette question de diagnostic parce que la malade fut opérée plus tard d'une

hydronéphrose gauche infectée. Le diagnostic devait d'ailleurs se préciser par l'évolution même de la maladie et par la *progression de gauche à droite des signes cliniques*. En effet, la douleur à la palpation d'abord prédominante à gauche, devint maxima au niveau de la ligne médiane, puis à droite. La température restait toujours élevée, oscillant autour de 39.

Le diagnostic de pancréatite fut posé et devant la persistance de la température et des douleurs toujours extrêmement violentes l'opération fut décidée (25 avril 1919).

Incision coupant obliquement la muscle grand droit de l'abdomen, du côté droit. La vésicule biliaire est dilatée et remplie de bile, le cholédoque notablement distendu. Le pancréas était augmenté de volume dans son ensemble beaucoup plus dur qu'à l'état normal. Il n'existait aucune tache de stéato-nécrose. M. Cunéo fit une cholécystectomie, un drainage du cholédoque avec un tube assurant la dérivation complète de la bile, et tamponna à la fois le lit de la vésicule et la région de la tête du pancréas. L'exploration, au cours de l'intervention avait démontré l'absence de calcul au niveau de l'ampoule de Vater.

S'il eut pu rester un doute sur le diagnostic, les suites opératoires l'eussent dissipé. Les douleurs, d'une violence caractéristique, disparurent aussitôt après l'intervention. La température retomba en deux ou trois jours au voisinage de la normale.

Le drainage fut prolongé trois semaines.

Fait intéressant, qui explique pourquoi il a été insisté sur le diagnostic avec une affection rénale gauche, un an après, au cours d'une grossesse, la malade fut reprise de douleur

dans la fausse lombaire gauche. Mais cette fois, on constate la présence de pus dans l'urine et le 23 septembre 1920, le Dr Picot dut pratiquer une néphrectomie du rein gauche et le 2 février 1921 une néphrectomie secondaire.

Depuis ce temps cette malade n'a rien présenté d'anormal.

OBSERVATION IV (Résumée) de Bungart

(Voir bibliographie)

Une femme de 21 ans, atteinte d'*endométrite purulente* et de *pyélo-cystite aiguë* entre à l'hôpital. Cinq jours après elle est prise de vomissements bilieux, d'ictère, son pouls bat à 140, 150, le cœur est en état de collapsus, il n'y a pas de fièvre. Le ventre est ballonné, pas de contracture. On pose le diagnostic d'angiocholite aiguë.

A l'intervention, on trouve un épanchement pyohématique, d'odeur fade, sous le foie. Il existe dans la région de nombreuses taches de bougie. La tête du pancréas très volumineuse est infiltrée de sang. Incision de la capsule pancréatique. Tamponnement à travers le ligament gastrocolique. Mort vingt-quatre heures après.

L'autopsie confirme le diagnostic de pancréatite; lésions graves de périméto-salpingite et de pyélite.

OBSERVATION V (Résumée) de Bungart.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, ayant eu un an auparavant une gonorrhée intense qui guérit cependant, mais en laissant des douleurs rénales gauches,

R. Poissonnier

Il est pris subitement de violentes douleurs dans le flanc gauche, ballonnement du ventre, température peu élevée, pouls battant à 120-130, albumine dans les urines ; signes de pleurite gauche.

On fait le diagnostic d'abcès périnéphrétique.

A l'intervention on trouve un abcès dans la région périrénale gauche. Amélioration très nette des accidents. Puis quatorze jours plus tard, ceux-ci réapparaissent. Réouverture large du foyer. On trouve cette fois des taches de cytotéatonécrose. On ouvre également la plèvre qui contient un liquide louche.

Mort trois jours après. L'autopsie montra une pancréatite de la queue du pancréas, laquelle est nécrosée. Pleurésie purulente gauche. Le foie et les voies biliaires sont sains.

CONCLUSIONS

1° En tenant compte de certaines réserves, nous croyons qu'on peut distinguer, au point de vue pathogénique, deux formes de pancréatite aiguë :

a) La *pancréatite droite ou ventrale* présentant la symptomatologie classique du « drame pancréatique ». La cause la plus fréquente est l'infection canaliculaire ou ascendante.

b) La *pancréatite dorsale*, pouvant présenter la même symptomatologie que la précédente mais, le plus souvent, affectant une allure subaiguë ou évoluant de la gauche vers la droite, ou pouvant se terminer par un abcès lombaire.

Sa cause est la propagation, par voie lymphatique, d'une infection proche, le plus souvent rénale, ou bien d'une cellulite pelvienne de cause variée.

2° Au point de vue traitement, nous croyons que :

a) il faut opérer, dès qu'on le peut, tous les cas de pancréatite aiguë. Bien qu'il soit démontré par de rares exemples, que cette affection peut guérir spontanément, l'évolution la plus fréquente se fait vers la mort, si l'on n'intervient pas.

b) L'intervention comportera le plus souvent deux

temps, à moins que l'état général du malade ne permette de les exécuter en une seule fois :

a) Le premier temps consistera, après laparotomie sus-ombilicale, à évacuer le liquide séro-hématique et à pénétrer dans l'arrière cavité des épiploons en effondrant le ligament gastro-colique en commençant le plus à gauche possible. Puis on libérera les adhérences, on débridera les collections séro-hématiques du pancréas, et on drainera par la voie déclive avec un tube de verre (de préférence) entouré de mèches.

b) Dans le deuxième temps nous distinguerons deux cas :

1° Dans les pancréatites droites, *vider les voies biliaires de leurs calculs et les drainer en dérivant la bile par cholécystostomie*. Malgré ce traitement la pancréatite peut réapparaître à plus ou moins longue échéance. Aussi proposons-nous avec Kôrte et unéo de pratiquer l'anastomose de la vésicule avec le tubedigestif, et particulièrement *l'anastomose de la vésicule à l'estomac*, ce qui amènerait une dérivation définitive de la bile en cas d'hypertension de celle-ci.

2° Dans les pancréatites dorsales, ne pas considérer le malade comme guéri avant d'avoir *traité la cause de l'infection du pancréas*, dont nous avons vu plus haut les modalités.

Toutefois dans les formes subaiguës, à allure

d'abcès lombaire, l'expérience prouve que la simple incision avec drainage suffit pour amener la guérison définitive.

Vu : le président de la thèse,
B. CUNÉO

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Archibald (Montréal)*. — Pancréatite expérimentale réalisée par la résistance du sphincter cholédocien (*Surgery, gynecology and obstetrics*, t. 28, n° 6, juin 1919, p. 529-546).
- Archibald et Gibbons*. — Nouvelles données concernant la production expérimentale de la pancréatite (*Annals of surgery*, t. 74, n° 4, octobre 1921).
- Beechmann Delatour*. — Pancréatite traumatique (*idem*).
- Brocq et Delbet*. — Pancréatite hémorragique expérimentale par stase duodénale (*B. Société Chirurgie*, 18 janvier 1921, p. 7).
- Brocq et Morel*. — Rôle de la bile dans la reproduction expérimentale de la pancréatite aiguë avec stéatonecrose (*C. R. Société Biologie*, t. 82, n° 11, p. 371).
- Recherches expérimentales sur la pathogénie de la pancréatite hémorragique (Mémoire présenté à l'Académie de Médecine, 1914. Prix Amunat).
- Bungart (Cologne)*. — Zur Pathologie und klinik der Akuten hemorrhagischen Pankreatiks (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1913, vol. 125, p. 530).
- Campton et Heber*. — Deux cas de pancréatite aiguë hémorragique et un cas d'abcès pancréatique (*Lancet*, t. 291, n° 5107, 16 juillet 1921).
- Carolan*. — Pancréatite aiguë suivie d'un développement d'un kyste du pancréas. Guérison (*idem*).
- Chauffard*. — Pancréatite hémorragique (*Bulletin médical*, 1920, n° 10).
- Cunéo*. — Notes inédites.

- Cunéo et Guillaume.* — Tribune médicale. Paris, 20 mai 1905, p. 309.
- Deaver et Sweet.* — Affections pré-pancréatiques et péri-pancréatiques. Considérations anatomiques sur la propagation des infections vésiculaires au pancréas. (Journal of the american medical association, t. 77, n° 3, 16 juillet 1921).
- Deaver.* — Surgery, Gynécology, obstetrics, t. 28, n° 5, mai 1919, p. 433-435.
- Dreesmann.* — Deutsche zeitschrift für chirurgie, t. 29, 1914. Leipzig.
- Ertaud.* — Deux cas de pancréatite hémorragique avec stéato-nécrose (Archives médico-chirurgicales de province, t. 10, n° 5, p. 219).
- Gray-Turner.* — Décoloration localisée de la paroi abdominale comme signe de pancréatite aiguë (British, Journal of surgery, t. 7, n° 27, janvier 1920, p. 394-395).
- Gosset.* — Discussion à propos du traitement de la pancréatite hémorragique et observation (B. Société Chirurgie, 26 novembre 1919, p. 1450).
- Guyesse-Pelissier et Leclerc.* — Deux cas de pancréatite aiguë avec stéato-névrose (B. Société Chirurgie, 16 juillet 1919, p. 1154).
- Guibé.* — Trois cas de pancréatite hémorragique (B. Société Chirurgie, 9 avril 1919, p. 646).
- Harven (de).* — Pancréatite hémorragique (Bruxelles médical, t. 1, n° 5, 15 mars 1921).
- Hofmann* — Résection des 2/3 du pancréas dans un cas de pancréatite hémorragique aiguë (Archives für Klinische Chirurgie, t. 114, fasc. 4, 22 déc. 1920).
- Kehr.* — Technik der Gallenst. operation. München.
- Kærte.* — Chirurgie der Galtenwege u. der Leber. Berlin.
- Kilner-Grosland.* — Pancréatite aiguë hémorragique. Laparotomie, guérison (Britisls Médical Journal, 17 mars 1917, p. 359).

- Lefèvre.* — Pancréatite aiguë (B. Société Chirurgie, 30 juillet 1919, p. 1239).
- Lecène.* — Rapports (Société Chirurgie, 1919, p. 320, 1154, 1437).
- Guillaume (Louis).* — Pancréatite aiguë hémorragique (B. Société Chirurgie, 21 avril, 1920, p. 593).
- Mayer.* — Un cas de pancréatite aiguë avec nécrose rapide du pancréas; guérison (Scalpel. Bruxelles, t. 73, n° 5, janvier 1920).
- Mercadé (Salva).* — Pancréatite aiguë, syndrome occlusion intestinale aiguë (B. Société Chirurgie, 19 février 1919, p. 320).
- Perceval Mills.* — Trois cas de pancréatite aiguë (Lancet, t. 198, n° 5053, 14 février 1920, p. 376).
- Phélip.* — Pancréatite aiguë (Archives de Médecine des enfants, 1920, t. 23, n° 6, p. 357).
- Picquet.* — Pancréatite aiguë hémorragique (Bulletin Société Chirurgie, 19 nov. 1919, p. 1431).
- Rio-Branco (de).* — Anatomie et médecine opératoire du tronc coeliaque. Thèse Paris, 1912. Steinheil.
- Saltzstein et Ballin.* — Kyste du pancréas après cholécystectomie (Journal of the american medical association, 1921, vol. 76, n° 22, p. 1484).
- Starr (Judd).* — Relations du foie et du pancréas avec les infections de la vésicule biliaire (Idem, t. 77, n° 3, 16 juillet 1921).

Observations inédites de pancréatites aiguës recueillies auprès de mes collègues des hôpitaux.

